

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

N° 172.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 3 août 1867,

PAR EUGÈNE LEBÈGUE

Né à Paizay-Naudoin (Charente).

DU TRAITEMENT

DE L'OPHTHALMIE BLENNORRHAGIQUE

PAR L'ALCOOL

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1867

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS.

Doyen, M. WURTZ.

	Professeurs.	MM.
Anatomie.		JARJAVAY.
Physiologie.		LONGET.
Physique médicale.		GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.		WURTZ.
Histoire naturelle médicale.		BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.		LASEGUE.
Pathologie médicale.		AXENFELD.
		HARDY.
Pathologie chirurgicale.		RICHET.
		BROCA.
Anatomie pathologique.		VULPIAN.
Histologie.		ROBIN.
Opérations et appareils.		DENONVILLIERS.
Pharmacologie.		REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.		SÉE (G.).
Hygiène.		BOUCHARDAT.
Médecine légale.		TARDIEU.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés.		PAJOT.
		BOUILLAUD.
Clinique médicale.		GRISOLLE.
		MONNERET.
		BÉHIER.
		VELPEAU.
Clinique chirurgicale.		LAUGIER.
		NELATON.
		GOSSELIN.
Clinique d'accouchements.		DEPAUL.

Doyen honoraire, M. le Baron PAUL DUBOIS.

Profess. honoraires, MM. ANDRAL, CLOQUET, CRUVEILHIER, et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM. BUCQUOY.	MM. GUYON.	MM. LIÉGEAIS.	MM. PARROT.
CHARCOT.	HOUEL.	LEFORT.	POTAIN.
DESPLATS.	JACCOUD.	LORAIN.	RAYNAUD.
DESPRÈS.	JOULIN.	LUTZ.	SÉE.
DE SEYNES.	LABBÉ (LÉON).	NAQUET.	TARNIER.
DOLBEAU.	LABOULBÈNE.	PANAS.	
FOURNIER.			

Agrégés libres chargés de cours complémentaires.

Cours clinique des maladies de la peau.	MM. N. . . .
— des maladies des enfants.	ROGER.
— des maladies mentales et nerveuses.	N. . . .
— de l'ophthalmologie.	FOUCHER.

Chef des travaux anatomiques, M. SAPPEY, agrégé hors cadre.

Examineurs de la thèse.

MM. GOSSELIN, président; ROBIN, DESPRÈS, LIÉGEAIS.

M. FORGET, Secrétaire.

Par délibération du 7 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

Affection et reconnaissance.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A M. GOSSELIN

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL DE LA Pitié,
MEMBRE DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE, ETC.

A M. GRISOLLE

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,
MÉDECIN DE L'HÔTEL-DIEU ET DU LYCÉE IMPÉRIAL NAPOLEON,
MEMBRE DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE
ET DU CONSEIL DE SURVEILLANCE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE, ETC.

Recevez, chers maîtres, l'expression de ma reconnaissance pour l'enseignement
que j'ai puisé à vos savantes leçons.

DU TRAITEMENT
DE
L'OPHTHALMIE BLENNORRHAGIQUE
PAR L'ALCOOL

INTRODUCTION

Avant d'aborder le sujet que nous nous proposons de traiter dans notre thèse, il ne nous paraît pas inutile de dire les raisons qui nous ont fait choisir l'*ophthalmie blennorrhagique*. Dès le début de nos études médicales, les heureux résultats qu'obtenait M. le professeur Gosselin par l'emploi de l'alcool dans le traitement de l'*ophthalmie blennorrhagique* nous frappèrent vivement. Guidé par les conseils de l'éminent professeur, nous avons observé et étudié avec un intérêt particulier cette maladie, qui réclame un remède aussi vigoureux et efficace que ses effets sont foudroyants.

M. le professeur Gosselin a singulièrement facilité notre tâche en daignant nous faire part de quatre observations qu'il a recueillies lui-même; nous ferons tous nos efforts pour mettre en lumière leur force et leur importance. Heureux si nous ne sommes pas trop indigne de la bienveillance que nous a toujours montrée notre maître excellent et affectionné.

DÉFINITION.

On appelle *ophthalmie blennorrhagique* une inflammation spécifique de l'œil, produite par l'application sur cet organe de la matière qui s'écoule d'une ophthalmie de même espèce, ou d'une blennorrhagie virulente.

De toutes les maladies aiguës qui peuvent envahir l'œil, celle dont l'étude va nous occuper est de beaucoup la plus grave et la plus funeste dans ses conséquences. C'est la plus redoutable des affections vénériennes, sans en excepter la syphilis elle-même et toutes les complications qui en découlent. C'est une maladie terrible, qui, en quelques jours; que dis-je? en quelques heures, peut priver de la vue celui qui en est atteint.

Cette maladie a reçu plusieurs dénominations, qui sont: ophthalmie vénérienne, ophthalmie gonorrhéique, ophthalmie contagieuse, blennophthalmie, conjonctivite blennorrhagique, etc., etc... Beer et Schmidt la nomment ophthalmo-blennorrhée. Nous lui conserverons plus particulièrement le nom d'ophthalmie blennorrhagique.

HISTORIQUE.

Au dire du savant Astruc, ce fut Charles de Saint-Yves « chirurgien oculiste fort expert, qui le premier l'étudia et la décrivit dans son *Traité des maladies des yeux*, imprimé à Paris en 1702. » Depuis cette époque, tous les auteurs d'ouvrages spéciaux, excepté cependant J. Hunter, qui a oublié d'en parler dans son livre, s'en sont occupés. Cette maladie est aujourd'hui analysée, non-seulement dans les traités d'oculistique ou de syphiliographie, mais encore dans tous les ouvrages de pathologie, où généralement un chapitre particulier est consacré à son étude.

CAUSES. — PATHOGENIE.

La pathogénie de cette affection a été très-diversement interprétée par les différents auteurs, qui en ont attribué le développement soit à une métastase se produisant de l'urèthre à l'œil, soit à une sympathie reliant ces deux organes, soit à une sorte d'état constitutionnel ou d'infection bleunorrhagique, soit enfin à une simple cause accidentelle, une inoculation, une contagion.

1° *Métastase.*

Charles de Saint-Yves paraît être le premier qui ait parlé de l'ophtalmie blennorrhagique par métastase. La description qu'il en donne est très-courte : « La conjonctive, dit-il, devient dure, charnue, et la maladie commence par un écoulement abondant de pus blanc et jaunâtre. » Il ajoute que, dans la plupart des cas, l'ophtalmie commence deux jours après le début de la blennorrhagie, époque à laquelle l'écoulement de cette dernière maladie cesse subitement, ce qui cause une métastase sur l'œil.

Cette doctrine, un peu abandonnée aujourd'hui, était représentée autrefois par Charles de Saint-Yves, Pamard, Chaussier, Philippe Boyer.

D'après une foule de faits et d'expériences qui ont été tentées, la doctrine de l'inoculation est la seule qui satisfasse à tout. Néanmoins nous ne rejetons pas l'intervention de la métastase, quoique cependant, il faut bien le dire, aucune observation bien authentique et bien positive ne vienne à son appui. Toutes les théories employées pour expliquer la métastase sont très-obscurcs. Il n'y a rien de plus concluant au contraire en faveur de la doctrine de l'inoculation que les expériences de M. Guillé, celle de Ware et ses observations rapportées par Mackenzie (1) et M. Noppe (2).

(1) Traité pratique des maladies des yeux, p. 322.

(2) Annales d'oculistiques, t. III.

1867. — Lebègue.

M. Alfred Fournier, qui nie énergiquement la métastase dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, s'exprime ainsi (1) : « L'observation, en effet, a démontré d'une façon péremptoire que, loin de disparaître de l'urèthre au moment où l'œil se prend, l'écoulement y persiste en général sans modification.

« Si, dans quelques cas, d'ailleurs assez rares, il subit une diminution légère, ce fait ne peut être attribué qu'à cette sorte d'influence révulsive ou dérivative qu'exerce parfois une complication intercurrente sur un état morbide préexistant. Il n'y a donc là rien qui puisse être considéré comme une métastase. » Beer et Richter admettent que l'écoulement est suspendu lors de l'invasion de l'ophthalmie.

Sanson (2) qui a eu à traiter un très-grand nombre d'ophthalmies blennorrhagiques, n'a jamais été témoin de la suppression de l'écoulement génital, quand l'ophthalmie se déclarait.

M. Desmarres, dans son *Traité des maladies des yeux*, est aussi explicite.

Lawrence (3) affirme qu'il ne l'a jamais vu disparaître.

Rognetta dit qu'il cesse quelquefois. Scarpa, qui n'admet pas la métastase, bat en brèche cette doctrine.

Chez les cinq malades que nous avons observés dans le service de M. le professeur Gosselin, l'écoulement existait chez tous à leur entrée à l'hôpital.

M. Carron du Villards (4) rapporte que sur 45 ophthalmiques qu'il a été à même d'observer, l'écoulement urétral existait toujours.

Mackenzie (5), qui considère l'existence de la métastase comme

(1) Tome V, p. 241.

(2) Diction. de méd. et chirug. prat., t. XII, p. 202.

(3) Traité pratique des maladies des yeux, p. 191.

(4) Guide pratique, t. II, p. 541.

(5) Traité des maladies des yeux, p. 325.

problématique, s'exprime ainsi : « Les écrivains postérieurs à Charles de Saint-Ives ont adopté sa manière de voir avec trop peu d'hésitation, et paraissent n'avoir pas suffisamment recherché si dans le cas en question, il n'est pas probable que l'ophthalmie était plutôt l'effet de l'inoculation que de la métastase. »

Que dire en présence de ces faits si nombreux ? Où trouver la vérité avec ces affirmations si disparates ? Il faut le dire tout d'abord, autant la doctrine de l'inoculation se présente accompagnée de faits positifs, clairs, serrés, incontestables, autant celle de la métastase semble devenir vague, incertaine et précaire, quand on tente de la faire ressortir des observations présentées pour l'asseoir.

Nous allons terminer ce que nous avons à dire au sujet de la métastase, par l'exposé d'une opinion qui mérite assez de fixer l'attention : c'est celle de MM. Ricord et Vidal (de Cassis). Ces deux chirurgiens de l'hôpital des Vénériens ont tous deux nié longtemps qu'il y eût une cause de nature métastatique dans la production de l'ophthalmie blennorrhagique, et tous deux sont revenus de leur première opinion.

M. Ricord n'y met pas la moindre réserve ; il admet une ophthalmie gonorrhéique métastatique, et professe qu'en dehors de la contagion, il y a des malades affectés de blennorrhagie oculaire consécutive à la blennorrhagie uréthrale (1).

Mais remarquons qu'il admet aussi que, le plus souvent, cette ophthalmie est liée à des conditions rhumatoïdes. M. Ricord (2) admet deux variétés d'ophthalmie blennorrhagique : la première qu'il nomme ophthalmie blennorrhagique par contagion ; la seconde qu'il désigne sous le nom d'ophthalmie blennorrhagique catarrho-rhumatismale.

M. Vidal (de Cassis) (3) est moins absolu : « Depuis la publication

(1) Gazette des Hôpitaux, 13 et 15 juillet 1848.

(2) Archives d'ophtalmologie, vol. I, p. 72.

(3) 3^e édit., t. III, p. 79

de ma première édition, dit-il, je me suis un peu éloigné des partisans de la contagion et rapproché de l'opinion qui admet la métastase. »

Puis, M. Vidal donne ses motifs; tous les faits qu'il a observés étaient liés à une arthrite blennorrhagique : « Je crois, dit-il, en terminant que cette ophthalmie est un accident qui peut être comparé à l'arthrite qui a éclaté dans ces mêmes circonstances. Or, cette arthrite n'est certainement pas produite par contagion; elle est due, sans aucun doute, à un transport de la cause. Pourquoi n'en serait-il pas de même pour l'ophthalmie? »

2° Sympathie.

Certains auteurs ont fait de l'ophthalmie blennorrhagique le résultat d'un rapport sympathique entre l'œil et l'urèthre, rapport qu'ils expliquaient par une certaine analogie de texture. Bien que ce rapport très-hypothétique et très-bizarre s'accorde difficilement aux faits qu'il prétend expliquer, nous ne rejetons pas complètement l'intervention de la sympathie.

Sanson (1) adopte cette opinion à l'exclusion des autres, mais cependant avec une certaine réserve : « Toutes les fatigues, dit-il, toutes les irritations prolongées des voies génitales donnent lieu à un sentiment de cuisson dans les yeux et à un affaiblissement de la vue. On conçoit à la rigueur, dit cet auteur, que dans ces circonstances, un courant d'air froid venant à frapper les conjonctives peut y déterminer une irritation, qui, sur un individu sain, aurait été purement catarrhale, et qui, sur un individu affecté de blennorrhagie, prend un caractère beaucoup plus grave; mais cependant cette explication ne satisfait pas complètement l'esprit. »

Nous serions néanmoins disposé à admettre que, chez certains

(1) Dictionn. en 15 vol., t. XII, p. 202.

sujets, prédisposés d'ailleurs à l'ophthalmie, la constitution se trouve, par le fait de la blennorrhagie, modifiée d'une certaine façon et que, par suite de cette modification, l'aptitude qui existait antérieurement se satisfait avec facilité sous l'influence d'un refroidissement d'un courant d'air, d'une fatigue, toutes causes qui avant la blennorrhagie, n'auraient pas été assez puissantes pour faire naître l'ophthalmie blennorrhagique.

Scarpa, qui adopte cette opinion de préférence aux autres, dit (1) : « Je me rangerai plutôt du côté de ceux qui regardent ce phénomène comme l'effet d'un rapport sympathique entre l'urèthre et les yeux ; il est au moins certain qu'il y a analogie de structure entre la membrane interne des paupières et celle de l'urèthre, et qu'elles sont l'une et l'autre des productions de la peau.

« Si cet effet ne se manifeste pas dans tous les cas de suppression inopinée de flux blennorrhagique, c'est sans doute parce que tous les individus ne sont pas doués des mêmes sympathies, ou du moins n'en sont pas doués au même degré. »

Si on examine avec attention toute la valeur des opinions que professent Sanson et Scarpa, les deux partisans les plus exclusifs de la sympathie, on verra combien est peu solide l'édifice qu'ils ont élevé. Sur quoi repose-t-il en effet ? Sur une opinion qui s'appuie bien plus sur le raisonnement que sur des faits. Qu'invoque Scarpa, par exemple, pour admettre cette sympathie, et par suite ce mode de production ? Une analogie de structure entre la muqueuse de l'urèthre et celle des paupières, le fait de la continuité de ces deux membranes avec la peau ; et à moins d'une idiosyncrasie, ces deux conditions lui paraissent suffisantes.

Les muqueuses du nez, de la bouche, du rectum, etc., ne se continuent-elles pas aussi avec l'enveloppe générale du corps ? N'existe-t-il pas une analogie de structure aussi marquée entre elles et celles

(1) Traité des maladies des yeux, t. I, p. 183.

de l'urèthre qu'entre les deux que signale l'auteur italien? Et cependant on n'a jamais eu l'idée d'admettre une stomatite, une rectite blennorrhagique reconnaissant pour cause la sympathie. Pourquoi faire alors une exception en faveur des deux muqueuses uréthrale et oculaire, qui sont dans les mêmes conditions que les autres? Il y a dans tous ces faits quelque chose de difficile à expliquer et à démontrer. Néanmoins il pourrait bien se faire que la sympathie existât sans qu'on pût en donner la raison.

M. Alfred Fournier, qui n'admet pas la sympathie, dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, écrit (1) : « A supposer en effet que cette sympathie mystérieuse existât, l'ophthalmie devrait être fréquente, affecter les deux yeux, se développer à propos des maladies si nombreuses et si variées dont l'urèthre est le siège, etc. Or, bien inversement, elle est fort rare, elle se limite à un œil, elle ne se produit ni à la suite des rétrécissements, ni à propos du cathétérisme, de l'uréthrotomie, des blessures et des lésions du canal; elle se développe même fréquemment chez des sujets qui ne présentent ni blennorrhagie ni affection quelconque de l'urèthre, etc.

En présence de toutes ces explications, si vagues, si incertaines, si obscures et du désaccord qui existe entre les différents auteurs, on s'aperçoit facilement qu'on ne sait encore rien de bien positif relativement au développement de la sympathie.

3° Infection générale.

Une autre doctrine considère l'ophthalmie blennorrhagique comme le symptôme d'une infection, d'un état général.

Cette doctrine, qui a eu pour défenseur M. Desruelles, est celle qui a le moins de faits en sa faveur : aussi est-elle tombée dans un juste

(1) Tome V, p. 241.

oubli, dont nous ne chercherons pas à la retirer ? Nous pensons en effet que, parmi toutes les hypothèses créées pour expliquer la production de l'ophthalmie blennorrhagique, c'est celle qui satisfait le moins l'esprit. Ce n'est donc que pour mémoire que nous la citons dans notre travail.

Cette doctrine est beaucoup moins soutenable que les deux précédentes.

Comment accepter, en effet, comme manifestation d'un état diathésique une affection dont le développement est tout à fait exceptionnel, qui n'a rien de régulier dans son apparition, qui même peut se produire sur des sujets indemnes de blennorrhagie, etc... ?

4° Contagion ou inoculation.

La contagion peut-elle expliquer et suffit-elle à expliquer le développement d'une ophthalmie blennorrhagique ? La contagion, il est vrai, a pour elle le plus grand nombre de partisans. Parmi eux, les uns ne reconnaissent qu'elle comme cause productrice de l'ophthalmie blennorrhagique ; les autres, tout en avouant quelle est de beaucoup la plus fréquente, admettent cependant qu'elle peut se produire d'une autre manière. Tout d'abord, en effet, l'influence de cette cause est démontrée par des faits aussi nombreux que précis, par des faits irrécusables et que personne ne peut contester aujourd'hui.

Des observations très-explicites permettent de suivre la pathogénie des accidents et de surprendre pour ainsi dire la contagion au passage. Ici, c'est un malade qui contracte l'ophthalmie pour s'être touché l'œil avec ses doigts imprégnés de pus ; là, c'est un sujet indemne de blennorrhagie qui prend le mal pour s'être lavé les yeux avec l'urine d'un camarade affecté de blennorrhagie. Ailleurs c'est un médecin qui reçoit dans l'œil une goutte de pus urétral, et chez lequel éclate presque aussitôt une ophthalmie formidable, etc.

Les faits de ce genre fourmillent dans les recueils d'oculistique ou dans les traités spéciaux ; nous allons en citer quelques-uns.

M. Desruelles, qui croit à l'inoculation, dit (1) : «Après les faits que nous avons observés, nous ne pouvons douter que cette phlegmasie ne soit le résultat de l'inoculation. En effet, elle a toujours précédé la disparition de l'écoulement ; celui-ci n'a cessé que lorsque les phénomènes inflammatoires se sont manifestés aux yeux, un certain nombre de malades, parmi les hommes surtout, ont en effet remarqué que l'affection oculaire était survenue chez eux après un attouchement ou un frottement de l'œil par les doigts ou par divers objets contaminés de pus blennorrhagique. »

Florent Cunier rapporte (2) que, sur 84 malades atteints de cette ophthalmie, 45 (38 hommes et 7 femmes) la devaient à l'inoculation ; 25 avaient porté leurs doigts des organes génitaux à l'œil ; 5 avaient lavé leurs yeux avec leur urine, suivant un préjugé populaire, qui existait déjà du temps d'Astruc, et d'après lequel l'urine fortifie les yeux ; 2 s'étaient nettoyé le visage avec de l'eau qui avait servi à la toilette de leurs parties génitales ; 6 s'étaient par mégarde essuyé les yeux avec un linge imprégné de matière gonorrhéique ; les autres n'avaient pas eux-mêmes de blennorrhagie, mais avaient porté sur leur visage de l'eau ou des linges dont s'étaient servis des camarades qui en étaient atteints.

Voici une observation due à Cullerier, et qui est vraiment remarquable à cause de sa singularité (3) : «Un malade était entré dans mes salles pour une blennorrhagie. Il avait un œil d'émail ; un de ses yeux, en effet, avait été perdu dans son tout jeune âge, je ne sais par suite de quelle affection ; il ôtait cet œil artificiel chaque soir et le mettait dans un verre d'eau qui lui servait à laver sa verge. Tout à coup il est pris d'une inflammation très-intense du moignon de son œil et de toute la membrane qui tapissait l'orbite,

(1) Traité des maladies vénériennes, p. 469 (1836).

(2) Annales d'oculistique, t. XVI, p. 136.

(3) Leçons cliniques sur les affect. blennorrhag., p. 164.

avec écoulement jaune verdâtre et des douleurs affreuses. On en cherchait la cause, quand il nous donna les renseignements précédents. Le fait m'ayant frappé, j'en parlai à M. Ricord, qui me dit en avoir observé un semblable. »

Du reste, l'expérience directe a été faite. Le pus blennorrhagique a été porté sur l'œil des centaines de fois dans le traitement du pannus, et l'on sait que le résultat de cette inoculation est de développer une phlegmasie purulente des plus intenses, tout à fait semblable à l'ophtalmie blennorrhagique. La contagion est donc réelle et incontestable. Mais suffit-elle à expliquer la maladie dans tous les cas ? Nous hésitons à nous prononcer d'une manière affirmative. Voici pourquoi : Florent Cunier cite les observations de deux malades intelligents qui, ayant eu une première gonorrhée et une ophtalmie purulente double, et connaissant bien le danger de l'inoculation, n'en eurent pas moins plus tard, malgré toutes leurs précautions, une nouvelle ophtalmie à la suite d'une nouvelle gonorrhée. Il est vrai que, dans aucun de ces deux cas, la maladie des yeux ne devint très-grave.

MM. les professeurs Gosselin et Denonvilliers disent, dans le *Compendium de chirurgie* (1) : « Nous avons donné nous-mêmes des soins à un étudiant en médecine fort instruit, qui fut pris, au huitième jour d'une blennorrhagie aiguë, d'arthrite dans les genoux, les épaules, les mâchoires et la région cervicale, et chez qui les deux yeux furent atteints en même temps d'une ophtalmie purulente, limitée à la conjonctive, dont l'issue fut heureuse ; le malade était sûr de n'avoir porté à ses yeux ni ses doigts, ni aucun objet sali par le pus blennorrhagique. »

Ne peut-il pas arriver que l'œil, de même que l'urèthre et diverses articulations, se prennent sous l'influence d'une même cause constitutionnelle de nature rhumatismale, et qu'il n'y ait là rien à

(1) Tome III, p. 303.

attribuer à une métastase ? On serait tenté de le croire en lisant l'observation de M. Van Roosbroeck (1), dans laquelle il cite le fait suivant : « d'un jeune homme de Gand, pris cinq fois en six ans de gonorrhée, d'ophtalmie et d'arthropathie, et qui se guérit autant de fois, sans accident, de cette terrible maladie des yeux. »

Parmi les 5 malades que nous avons observés dans le service de M. le professeur Gosselin, 2, obs. 1 et 3, ont vu l'ophtalmie se déclarer après s'être lavé les yeux avec leur urine, les trois autres ne signalaient aucun moyen évident d'inoculation.

En présence de semblables faits, on hésite vraiment à n'admettre que la contagion comme cause productrice de l'ophtalmie blennorrhagique.

Mais alors, quelle explication doit-on donner ? Toutes les explications sont acceptables, mais aucune n'est rigoureusement démontrée, et on est obligé de convenir qu'il y a dans ces faits quelque chose de singulier qui échappe aux lois de l'anatomie et de la physiologie.

Cette redoutable complication de la blennorrhagie est heureusement fort rare. « Sur des milliers de malades qui se pressent aux consultations de l'hôpital du Midi, on n'en observe guère plus de 3 ou 4 cas par année » (2).

D'après quelques observations, cette ophtalmie affecterait plus souvent l'œil droit que le gauche, 8 fois sur 10, remarque qui n'est pas sans quelque intérêt. « Instinctivement, c'est la main droite qui se porte à l'œil droit, et la gauche à l'œil gauche ; or la droite, en raison de ses rapports plus fréquents avec les organes génitaux, a plus d'occasion d'être souillée par le pus blennorrhagique ; c'est donc l'œil droit qui doit être le plus ordinairement contagionné et qui l'est en effet » (3).

(1) Vol. I, p. 355.

(2) Ricord.

(3) Pénanguer, Thèses de Paris, 1851.

Sur les cinq observations que nous rapportons dans notre thèse, quatre avaient l'ophtalmie à gauche. Nos observations ne sont pas assez nombreuses pour constater si l'opinion qu'avance M. Pénanguer est toujours vraie.

Les malades disent très-souvent qu'ils ne peuvent affirmer s'être inoculé le pus blennorrhagique sur la conjonctive, mais qu'il est très-possible qu'ils l'aient fait à leur insu ; car il leur est arrivé bien souvent de se frotter les yeux après s'être touché les organes génitaux.

Doit-on d'ailleurs s'étonner qu'ils ne puissent donner des renseignements plus précis, si on réfléchit qu'ils ignorent toute la nature contagieuse de leur mal ? Joignez à cela le grand état de malpropreté, et l'on sait combien elle est grande chez les malades qui viennent dans les hôpitaux.

Quand un corps étranger nous tombe dans l'œil, n'y portons-nous pas instinctivement la main pour nous en débarrasser ? Dans ce cas, n'est-ce pas avec la main droite que nous nous frottons les yeux ? Or, l'individu atteint de blennorrhagie est ordinairement préoccupé de sa maladie, il en examine très-souvent les progrès, il cherche à constater plusieurs fois par jour si l'écoulement augmente ou diminue. D'autres fois, c'est la douleur qui le porte à mettre la main au pénis ou à la vulve, et dans la majorité des cas c'est la droite qui est employée. Elle est donc bien plus souvent souillée du virus blennorrhagique que la gauche ; elle doit donc être cause de contagion plus souvent que l'autre. Mais c'est elle qui touche presque constamment l'œil droit : c'est donc aussi celui qui doit être le plus ordinairement contagionné et qui l'est en effet. Les faits, comme on le voit, sont d'accord avec le raisonnement.

Maintenant les autres questions, relatives à la maladie, ne nous offrent qu'un intérêt secondaire : celles par exemple de l'influence de l'âge, du sexe, du tempérament, etc. Il est évident qu'elle peut se produire à tout âge. Mais il est certain que c'est pendant la

jeunesse qu'on le voit le plus souvent : on en conçoit parfaitement la raison.

Relativement au sexe, tous les observateurs ont remarqué que cette affection est beaucoup plus rare chez la femme que chez l'homme. Cependant M. Philippe Boyer, entre autres, pense le contraire.

Il soutient son opinion, en disant que chez l'homme il y a deux organes qui peuvent être frappés par métastase, le testicule et l'œil, tandis qu'il n'y en a qu'un chez la femme. Il est inutile de discuter la valeur de cette opinion, qui ne nous paraît point fondée.

Lawrence (1) dit n'avoir jamais vu d'ophthalmie blennorrhagique chez la femme, et que les hommes seuls en sont atteints.

Lassus (2) est beaucoup moins exclusif.

M. Rognetta (3) professe que les deux sexes présentent une aptitude égale à la contracter.

Enfin, MM. les professeurs Gosselin et Denonvilliers disent (4) : « A l'hôpital de Lourcine, où les vaginites blennorrhagiques sont très-communes, on ne la voit que très-exceptionnellement. Nous y avons du moins passé l'un et l'autre plusieurs années sans en observer aucun exemple. Peut-être faut-il attribuer ce fait à ce que les femmes portent moins souvent les mains sur les organes génitaux. Les soins de propreté auxquels les malades sont assujetties dans cet établissement ont sans doute aussi quelque influence. »

Il est à remarquer, en effet, que chez les sujets soigneux de leur personne et observant une propreté minutieuse, l'ophthalmie est non pas rare, mais tout à fait exceptionnelle.

« Ce n'est qu'avec la blennorrhagie uréthrale, dit M. Ricord,

(1) Lawrence, p. 194.

(2) Patholog. clin., t. I, p. 57.

(3) Cours d'ophth., 2^e édit., inéd., p. 294.

(4) Tome III, p. 303.

qu'il m'a été donné d'observer l'ophtalmie blennorrhagique. Dans une pratique de plus de trente années, soit à l'hôpital, soit en ville, je n'ai jamais rencontré une seule exception à cette règle chez l'homme ou chez la femme. Or, la blennorrhagie uréthrale étant relativement plus rare chez les femmes que chez les hommes, on comprend que les accidents ou les complications qui peuvent en dériver se présentent chez elles avec une moindre fréquence. »

Enfin, jusqu'à quelle époque la blennorrhagie peut-elle contagionner l'œil ? C'est une question difficile à résoudre, pour plusieurs motifs. Tout ce qu'on peut dire à ce sujet, c'est qu'il est probable qu'elle conserve ce triste privilège tout le temps qu'elle peut se communiquer aux organes génitaux d'une personne saine.

Enfin, pour nous, la principale cause de l'ophtalmie blennorrhagique, sans toutefois nier les autres, c'est l'inoculation.

SYMPTOMATOLOGIE.

Les symptômes sont ceux des ophtalmies purulentes les plus graves. Ils débutent d'une manière foudroyante. Ils sont variables suivant l'intensité de la maladie. Souvent cette intensité est très-grande : car en peu de jours, en quelques heures, la seconde période succède à la première et la troisième à la seconde.

Le malade éprouve d'abord un sentiment de plénitude et de tension dans l'œil (car bien rarement les deux yeux sont pris à la fois), une chaleur et une cuisson très-vive, une sensation douloureuse, qui peut être comparée à celle que ferait naître, par sa présence, un corps étranger, par exemple des grains de sable compris entre la paupière et le globe de l'œil. Bientôt après, et voici un signe sur lequel nous insistons et qui est pathognomonique dans l'affection qui nous occupe, la paupière supérieure rougit ; elle devient oedémateuse, se gonfle, se boursoufle, s'allonge dans le sens vertical et tombe sur la paupière inférieure qu'elle recouvre presque entièrement et sans pouvoir se relever d'elle-même, n'obéissant plus au

jeu des muscles, ni aux efforts de la volonté. « Ou elles sont écartées et entre-bâillées par la muqueuse gonflée et l'énorme chémosis produit un ectropion mécanique; la caroncule elle-même est rouge et boursouflée (1). »

Ce symptôme est tellement rapide qu'il se produit souvent au bout de quelques heures. Si, avec les doigts, on soulève cette paupière, on peut constater que la muqueuse oculo-palpébrale, mais surtout oculaire, dans le cas qui nous occupe, est d'un rouge vif écarlate et comme fongueuse et villeuse. Dans aucune ophthalmie on ne trouve une rougeur plus vive, ni même dans aucune inflammation des muqueuses. Le tissu cellulaire sous-conjonctival s'infiltré de sérosité ou devient le siège d'une inflammation phlegmoneuse. Un chémosis se forme autour de la cornée transparente, qu'il encadre d'un bourrelet tantôt œdémateux, tantôt hématique, dur et charnu.

Cette inflammation a pour siège primitif la muqueuse oculaire et palpébrale, elle envahit ensuite avec plus ou moins de rapidité la cornée, la sclérotique, les tissus profonds de l'œil et particulièrement l'iris et la choroïde.

Bientôt apparaît l'écoulement puriforme ou plutôt mucoso-purulent qui, séreux d'abord, ne tarde pas à devenir très-épais, jaune, verdâtre, purulent.

L'époque de l'apparition de l'écoulement est variable : en général, c'est vers le second ou le troisième jour. Le Dr Vecht évalue la quantité versée par la muqueuse à plusieurs onces par jour. A sa période d'acuité, il est essentiellement contagieux ; mais probablement que, semblable au produit de la phlogose uréthrale, il ne conserve pas toujours ses propriétés virulentes. Il perd la faculté d'être inoculé, s'il est délayé dans une grande quantité d'eau (avec 50 ou 100 fois son volume d'eau); il n'est pas inoculable non plus,

(1) Rognetta, Traité d'ophth., 1844, 2^e édit., inéd., p. 296.

s'il a été desséché sur du linge ou des habits et exposé pendant trente-six ou quarante-huit heures à l'air. Ce muco-pus est entièrement semblable à celui qui provient d'une gonorrhée : car appliqué l'un ou l'autre sur l'œil, ils y développent tous les deux une ophthalmie blennorrhagique. Il est impossible même à l'œil le plus exercé d'affirmer que cette ophthalmie a été produite par le muco-pus d'une gonorrhée ou par le pus d'une autre ophthalmie blennorrhagique.

Ce muco-pus diffère essentiellement de celui d'un chancre : car inoculé il ne produit jamais un chancre et ne donne jamais lieu à des accidents vénériens secondaires. Il diffère aussi de celui qui provient d'un écoulement provoqué par la présence d'un corps dans l'urèthre ou le vagin, car ce dernier n'est jamais contagieux. C'est donc un muco-pus spécifique, en tout semblable au pus d'une blennorrhagie génitale et contagieuse. Ce liquide est tellement âcre, qu'en se répandant sur les joues, il enflamme la peau. La source principale semble être toute la surface oculo-palpébrale et surtout la face interne de la paupière supérieure : c'est en effet du bord libre de ce voile qu'on voit l'humeur s'écouler. Ce point de départ autorise à penser que les glandes de Meibomius sont pour beaucoup dans la production de l'humeur. Mais il est naturel d'admettre que les sécrétions de l'œil sont aussi troublées et augmentées. Ainsi la glande lacrymale, la muqueuse oculaire, les cryptes sébacés, la caroncule, concourent à la production de cette humeur.

Un fait digne de remarque et d'une importance assez grande, c'est que souvent dans la conjonctivite blennorrhagique, lorsque la quantité de mucus est considérable, de nature réellement purulente, et que, par son âcreté, ce liquide produit sur la peau de longues traînées inflammatoires, la cornée reste parfaitement intacte; tandis que si la matière de l'écoulement est moins abondante, de nature blanchâtre, crémeuse, et sans action corrosive sur

la peau, on observe des altérations profondes, de la cornée. Mais il ne faut pas croire que ce soit là une règle générale (1).

Les douleurs orbitaires et péri-orbitaires, qui s'irradient en divers sens sont très-vives, elles atteignent parfois une violence excessive. « Dans certains moments même, la tête tout entière est traversée par des élancements épouvantables, qui arrachent souvent des cris aux plus courageux » (2).

Comme phénomènes généraux, fièvre modérée, devenant intense dans les cas de fonte purulente de l'œil et surtout insomnie, agitation, inquiétude, état nerveux, du délire, de l'hébétude, de la stupeur, enfin, tous les symptômes d'une fièvre inflammatoire à laquelle participe l'encéphale.

MARCHE. — DURÉE. — TERMINAISON.

La marche de l'ophtalmie blennorrhagique n'est pas toujours la même : quelquefois elle parcourt ses diverses périodes avec lenteur, d'autres fois avec une rapidité effrayante. Dans les cas ordinaires, la moyenne du temps nécessaire au développement complet de tous ces symptômes est de deux ou trois jours au plus.

Un praticien timide, lent dans la réflexion, lent dans l'exécution, se trouve souvent pris au dépourvu, car six heures peuvent suffire pour amener la destruction de l'œil.

La maladie se présente quelquefois sous un aspect insidieux, il se passe une espèce d'incubation. Ainsi, l'ophtalmie peut débiter d'une manière fort bénigne pendant quelques jours, ce sont les symptômes d'une conjonctivite catarrhale ordinaire ; elle montrera une certaine lenteur dans son évolution, puis tout à coup elle apparaîtra avec un cachet spécial et son cortège formidable. Elle aura

(1) Velpeau, Leçons cliniques : l'Expérience, p. 648.

(2) Cullerier.

passé d'un état bénin au summum d'intensité, et les yeux, ou au moins un œil seront menacés d'une perte presque certaine. Quelques auteurs ont cru remarquer « que l'ophthalmie est bien plus grave et a une marche plus rapide dans les cas où elle tient à l'inoculation du pus d'une blennorrhagie aiguë que dans ceux où elle reconnaît pour cause une gonorrhée parvenue à sa période de déclin. » Ce serait là un rapport curieux entre les qualités et les effets du pus urétral. Ce fait paraît très-incertain et doit appeler sur lui l'attention des observateurs.

Il est assez difficile de déterminer d'une manière précise la durée de cette affection, quand la terminaison est heureuse. On conçoit, en effet, que l'intensité de la maladie, la constitution de l'individu, le genre de traitement employé amènent des différences notables. Règle générale, on peut dire qu'elle varie entre vingt et vingt-cinq jours.

Le premier de nos malades n'est sorti guéri qu'au bout de 20 jours. Le deuxième au bout de 45 jours. Le troisième au bout du 15^e, malgré la volonté de M. le professeur Gosselin. Il n'était pas encore complètement guéri, il avait un boursoufflement rouge du repli semi-lunaire. La cornée et la chambre antérieure continuaient à ne présenter aucune ulcération, la conjonctive était saine sur les autres points. Le quatrième au bout du 16^e jour et enfin le cinquième au bout du 25^e.

La mortification de la cornée est très-commune, quand on a employé un traitement qui a été insuffisant ou mal entendu. Dans ces cas, voici ce qui arrive assez souvent : La cornée devient opaline par suffusion purulente interlamellaire, se ramollit, s'ulcère; de là, perforation de cette membrane. La cornée se boursoufle en un staphylôme plus ou moins proéminent, quelquefois même frappée de mort par l'étranglement inflammatoire, elle se détache et tombe d'une seule pièce, comme un verre de montre, entraînant avec soi le cristallin et les humeurs de l'œil, bientôt suivis de l'iris dont le bord libre vient faire hernie à travers l'ouverture laissée par la cornée et

subitement rétrécie par l'affaissement des membranes. Le malade éprouve aussitôt un soulagement manifeste.

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic de l'ophtalmie blennorrhagique n'est pas en général difficile à établir. Un malade affecté d'une blennorrhagie ordinairement à l'état aigu, est pris tout à coup d'une violente phlegmasie oculaire, sa paupière supérieure se gonfle presque immédiatement; en quelques heures, elle devient rouge, luisante, tendue et retombe sur l'inférieure qu'elle recouvre plus ou moins, laissant déjà suinter sous son bord libre une certaine quantité de liquide, clair, séreux ou jaunâtre... A ce caractère sur lequel nous avons déjà insisté, on reconnaîtra sans peine l'ophtalmie blennorrhagique; et, bien que cette maladie se rapproche par ses symptômes objectifs des autres ophtalmies purulentes, on l'en distinguera toujours, non-seulement par la concomitance de l'écoulement urétral, sa cause nécessaire, mais encore par cette explosion foudroyante, par cette marche rapide qui n'appartiennent qu'à elle seule.

M. Hairion, de Louvain (1), a prétendu que l'ophtalmie blennorrhagique s'accompagnait toujours du gonflement des ganglions préauriculaires, gonflement qui, d'après lui, serait un signe pathognomonique certain et infaillible de cette affection. Mais, outre que ce symptôme n'est pas constant, il se montre encore dans le cours d'autres ophtalmies, et l'on ne saurait par conséquent l'accepter comme un élément irrévocable de diagnostic différentiel.

Après cet exposé rapide sur le diagnostic de l'ophtalmie blennorrhagique, nous pensons qu'il n'est pas inutile de dire deux mots de ses caractères différentiels avec une autre ophtalmie que nous

(1) De l'ophtalmie gonorrhéique, 1846, p. 5.

avons déjà signalée à l'article *Métastase*, et que M. Ricord désigne sous le nom d'ophtalmie rhumatismale ou catarrho-rhumatismale. Cette dernière ophtalmie, observée depuis longtemps, avait été confondue avec la précédente dont elle était considérée comme une forme atténuée ou bénigne. Abernethy paraît avoir saisi le premier les différences qui la caractérisent. Mackenzie la décrit séparément sous le nom d'ophtalmie par métastase et d'iritis gonorrhéique. Mais ce fut surtout l'enseignement de M. Ricord qui contribua à préciser les caractères de la maladie et à la différencier de l'ophtalmie blennorrhagique.

Cette ophtalmie n'est pas une complication fréquente de la blennorrhagie. D'après M. Alfred Fournier (1), elle est bien plus fréquente que l'ophtalmie blennorrhagique et cela dans un rapport de 14 à 1.

La contagion n'a aucune part à cette maladie, qui se développe sous l'influence d'une cause interne, de nature inconnue.

Cette maladie ne se produit que sur des sujets affectés de blennorrhagie, tandis que l'ophtalmie blennorrhagique peut se développer sur des sujets non affectés de blennorrhagie.

L'ophtalmie rhumatismale affecte presque toujours les deux yeux, elle peut se porter d'un œil à l'autre, elle peut récidiver souvent dans le cours de blennorrhagies successives et son pronostic est sans gravité.

L'ophtalmie blennorrhagique, au contraire, n'affecte qu'un seul œil le plus souvent; elle ne se porte pas d'un œil à l'autre, elle n'a pas de tendance à récidiver dans le cours de blennorrhagies successives, et son pronostic est excessivement grave, car souvent il y a perte de l'œil.

(1) Ouvrage déjà cité, t. V, p. 215.

PRONOSTIC.

Ainsi que nous l'avons dit en commençant, et comme on a pu s'en convaincre par l'exposé des symptômes, le pronostic de l'ophthalmie blennorrhagique est d'une extrême gravité. On peut dire néanmoins qu'il dépend en partie de l'énergie et de l'opportunité du traitement : de son énergie, car il doit être violent comme le mal lui-même ; de son opportunité, car il faut avant tout qu'il soit appliqué à temps pour prévenir les irréparables désordres que la maladie peut causer. Sans l'intervention de l'art l'œil est fatalement perdu. Si peu même que cette intervention soit tardive ou insuffisante, des lésions irrémédiables sont à redouter. Qu'on le sache bien, jamais l'ophthalmie blennorrhagique abandonnée à elle-même, ou traitée d'une manière timide, insuffisante ou trop tardive, ne se termine par résolution. Lawrence a vu l'œil se vider neuf fois sur quatorze ; Swediaur cite trois cas terminés tous trois par cécité.

La guérison est rarement complète ; même dans les cas heureux, la maladie laisse souvent à sa suite des désordres plus ou moins nuisibles à l'exercice de la vision : un hypopion, un onyx, un albugo, une procidence de l'iris, une cataracte, une amaurose, un staphylôme, un pannus, un ectropion et enfin des granulations. Fort heureusement cette affection si redoutable n'affecte qu'un seul œil dans la grande majorité des cas. Elle n'offre aucune tendance à la récurrence dans le cours des blennorrhagies que peut contracter le malade ultérieurement.

PROPHYLAXIE.

Après les détails dans lesquels nous sommes entré au sujet de l'étiologie de l'ophthalmie blennorrhagique, il nous reste maintenant bien peu de choses à dire sur la prophylaxie de cette redoutable maladie. Toutes les fois qu'un individu sera atteint de blennorrha-

gie, il devra prendre bien soin de ne pas se toucher les yeux avec les mains souillées de matière blennorrhagique. Il devra se les laver et se les savonner aussitôt qu'elles seront malpropres. Il évitera toutes les causes qui pourraient faire naître une inflammation de l'organe de la vision, parce que la douleur qu'il ressentirait alors lui faisant porter plus souvent ses mains aux yeux, il pourrait plus facilement se contagionner, s'il venait à négliger les soins de propreté.

S'il survient une ophthalmie, il devra éviter de se laver les yeux avec son urine ; car l'ophthalmie blennorrhagique n'a pas eu d'autres causes chez les deux malades, 1 et 3, obs. citées dans notre thèse.

Les personnes qui l'entourent auront le plus grand soin de ne se laver les yeux avec aucun linge, aucune éponge, qui aurait pu lui servir à se nettoyer les organes génitaux ou son œil atteint d'ophthalmie blennorrhagique. La personne chargée de faire des injections sur le globe oculaire du malade devra prendre garde qu'il ne rejaillisse quelques gouttes du liquide sur sa conjonctive. Si cet accident arrivait, il se laverait aussitôt les yeux à grande eau. Enfin, quand une ophthalmie aura éclaté sur un œil, il faudra aussitôt recouvrir l'autre avec un monocle et bien recommander au malade de ne pas se coucher du côté de l'œil sain parce que le pus pourrait couler et le contagionner.

TRAITEMENT.

Il y a deux méthodes pour le traitement de cette terrible maladie, la méthode générale et la méthode locale. Dès qu'une ophthalmie blennorrhagique se déclare, il importe avant tout de ne pas perdre une minute ; pas d'hésitation, de tâtonnements ; de la rapidité et de la vigueur de l'attaque dépend le succès du combat.

Ici le tâtonnement et l'incertitude sont suivis le plus souvent de la perte des yeux.

Le malade sera placé dans une chambre bien aérée, dont le jour

sera affaibli et ménagé par des rideaux. La tête sera soutenue et relevée par des oreillers, de façon à éviter, par cette différence de niveau avec le reste du corps, l'afflux du sang vers le cerveau, et par suite l'état congestif qu'il occasionne. La fièvre, si elle est très-forte, pourra être combattue par des saignées générales ou des applications de sangsues aux tempes et aux apophyses mastoïdes. La diète sera sévère et absolue; un léger purgatif salin entretiendra la liberté du ventre.

Mais quelle que soit toute l'énergie de ce traitement général, ce n'est pas sur lui qu'il faut compter. Il ne faut le prescrire qu'à titre d'adjuvant du traitement local, qui seul peut donner l'espoir de sauver l'œil menacé.

Notre traitement local, et par lequel il faut toujours débiter, diffère essentiellement de ceux des auteurs anciens et modernes. Nous allons les passer rapidement en revue.

Dans le traitement local, les chirurgiens ont en vue, les uns de modifier par des topiques la membrane qui produit la matière âcre et irritante de l'œil; les autres de lever seulement l'étranglement, soit en enlevant le chémosis en entier, soit en opérant sur lui un débridement multiple. Aujourd'hui les chirurgiens emploient simultanément ces deux méthodes, en se fondant sur ce fait d'observation, que l'étranglement produit par le chémosis et la nature âcre de la matière blennorrhagique, sont les deux causes qui entraînent la mortification de la cornée et la perte de l'œil.

Parmi les partisans de la première, les uns emploient seulement les collyres liquides, les insufflations avec la poudre de calomel et de sucre: tous ces moyens toujours insuffisants ne trompent plus personne. Les faits de guérison qu'on leur attribue sont très-contestables. Dupuytren, qui vantait et employait ces insufflations, n'a jamais obtenu le moindre succès par elles. Ceux qui ont fréquenté l'Hôtel-Dieu du vivant de ce célèbre chirurgien, savent à quoi s'en tenir. D'ailleurs on n'a qu'à voir le cas qu'en fait Sanson, dans son

article *Ophthalmologie*, et Vidal (de Cassis), dans son article *Ophthalmie blennorrhagique*.

Ce chirurgien, après avoir employé inutilement tous les moyens cités précédemment, s'est décidé à prendre un parti violent, mais, selon lui, efficace. Il consiste à détruire l'organe sécréteur pour arrêter la sécrétion morbide, dont le produit a une action si funeste sur la cornée. Il appelle cette méthode *éradicative*.

Voici comment Sanson décrit sa manière d'agir (1) : « J'incisai toute la conjonctive oculaire et je cautérisai avec le nitrate d'argent toute la conjonctive palpébrale trop adhérente pour être emportée. Je suis tellement convaincu, dit Sanson, de l'efficacité de la méthode éradicative sur toutes les autres, que si je rencontrais un cas dans lequel le gonflement des paupières fût tel qu'il rendit leur écartement impossible, je ne balancerais pas à fendre la commissure externe pour faciliter leur écartement et l'application du procédé. »

M. Rognetta, grand partisan de la méthode éradicative, la décrit et l'exécute ainsi (2) : « J'examine d'abord si l'excision conjonctivale est praticable ; je l'exécute à l'aide de ciseaux courbes ou de pinces, et j'ébarbe autant que possible la muqueuse. Quelques minutes après, j'y passe un crayon de nitrate d'argent, en le promenant rapidement à la périphérie de la cornée ; j'applique, immédiatement après, des compresses trempées continuellement dans l'eau froide. Si l'excision est impraticable, je me contente de brûler la conjonctive, en portant fortement un cylindre obtus de nitrate d'argent sur la circonférence de la cornée avec la précaution de ne pas aller vers le centre de cette membrane, crainte de la désorganiser. Je porte aussi le caustique sur la muqueuse des paupières et principalement de la supérieure, où est la source la plus considérable de l'écoulement. Une grande partie, sinon la totalité, de la muqueuse

(1) Ophth. blennorrhag., Dictionn. en 15 vol.

(2) Rognetta, Cours d'ophtalmologie.

reste ainsi brûlée, désorganisée, tout l'intérieur des paupières prend une teinte d'un gris noirâtre et il s'écoule immédiatement une grande quantité de sang pur, d'eau rousse et sale. »

Quelques chirurgiens, pensant que la mortification de la cornée n'est due qu'à l'étranglement formé par le chémosis, veulent, les uns, le faire cesser, en enlevant tout le chémosis on peu s'en faut; les autres et à leur tête M. Tyrrell en opérant une sorte de débriement multiple. Il excise à coups de ciseaux quelques rayons de bourrelet et ces excisions sont pratiquées dans l'espace intermédiaire aux insertions des muscles de l'œil. Il a pour but d'éviter ainsi les principaux vaisseaux qui nourrissent la cornée, et de l'empêcher de tomber en sphacèle. Il se fait alors une détente dans le reste du chémosis et la circulation se rétablit bientôt.

Par ce moyen M. Tyrrell prétend avoir guéri tous ses malades atteints d'ophtalmie blennorrhagique. Il est à croire que, dans le plus grand nombre des cas, il doit être extrêmement difficile de faire régulièrement cette excision multiple et surtout précisément sur les rayons intermédiaires à ceux qui continueraient en avant le grand axe de l'œil.

De Graefe dit : « Au commencement de la maladie, si les paupières sont roides et si la conjonctive pâlit, je conseille de poser vingt-quatre ou trente-six sangsues à l'angle interne de l'œil ou à la tempe, de les placer l'une après l'autre afin d'obtenir un écoulement continu. Je fais appliquer avec persévérance des compresses glacées. Je donne de 5 à 10 centigrammes de calomel toutes les heures ou toutes les deux heures. Je fais faire, toutes les deux heures, une friction avec l'onguent napolitain, alternativement sur la poitrine, les bras et les cuisses. »

M. Desmarres emploie le traitement suivant : Il pratique des scarifications multipliées autour de la cornée sur la conjonctive bulbaire. Il prescrit en même temps des lotions à peine astringentes, mais très-fréquentes à la surface de la conjonctive et quelques sangsues près de l'oreille. Le traitement auquel M. Velpeau

donnait la préférence autrefois, consistait dans l'emploi de larges saignées répétées au début et poussées même jusqu'à la syncope. Il avait ensuite recours aux collyres astringents et à la cautérisation. M. Velpeau a vu quelquefois réussir une lotion émolliente, dans laquelle il suspendait du calomel à la dose de 2 grammes environ pour 100 de liquide et aussi les insufflations de calomélas, de sucre candi, sur le globe oculaire.

« Les antiblennorrhagiques, copahu, cubèbe, etc..., n'ont aucune action sur cette maladie, quel que soit leur mode d'administration; il en est de même des antisypilitiques proprement dits, tels que les mercuriaux » (1).

Cependant nous pensons, avec M. Velpeau, qu'on ne doit jamais négliger l'emploi des premiers quand il existe un écoulement génital : car s'ils n'agissent pas d'une manière bien manifeste sur la muqueuse oculaire atteinte de blennorrhagie, ils ne lui sont pas nuisibles, et au moins ils ont l'avantage de faire cesser ou du moins de diminuer la gonorrhée, ce qui est déjà quelque chose.

D'après cela, on voit que nous ne sommes pas partisan de la méthode qui consiste à donner à l'écoulement génital une nouvelle activité, en vue de faire cesser l'ophthalmie blennorrhagique; de ceux qui introduisent dans le canal de l'urèthre ou le vagin, un corps, ou seul ou enduit de muco-pus, provenant de l'œil malade, ou de celui d'une autre personne qui aurait un écoulement contagieux.

M. Ricord, qui considère le nitrate d'argent comme le traitement par excellence, conseille la cautérisation énergique de toute la surface conjonctivale, en recommandant de la répéter après quelques heures d'intervalle, jusqu'à ce que le gonflement et la purulence aient diminué, ce qui arrive ordinairement vers la fin du deuxième ou du troisième jour. Celui-ci a pour but, non de détruire les tissus ma-

(1) Ricord, *Traité des maladies vénériennes*, p. 763.

1867. — Lebègue.

lades, mais de modifier la nature de l'inflammation; puis il fait avec une seringue des lotions à grande eau, afin d'enlever les parcelles de caustiques en excès. Bientôt l'eschare blanche de la muqueuse se détache. Si la sécrétion a repris sa physionomie, il faut revenir à la cautérisation. Il conseille aussi, si déjà il existe un chémosis, accident auquel il faut apporter la plus grande attention et qui détermine le plus ordinairement la destruction de la cornée par une sorte d'étranglement, quelle que soit l'époque à laquelle on ait commencé le traitement, il faut sans hésiter en pratiquer l'excision, en soulevant la muqueuse avec de petites pinces à crochet et en l'emportant à l'aide de ciseaux courbes. Lorsqu'on n'a affaire qu'à un chémosis œdémateux, les chances de succès sont bien plus grandes que lorsque le chémosis tient à un état phlegmoneux et qu'il est dur, cas dans lequel l'excision devient le plus ordinairement impossible, et qui ne permet que les mouchetures, sur lesquelles il faut bien moins compter.

Chose étrange, après avoir compulsé les annales d'oculistique et consulté avec le plus grand soin les archives d'ophtalmologie, aussi bien que les revues périodiques publiées sur le sujet qui nous occupe, on demeure frappé de ce fait : qu'ici où, plus que partout ailleurs, les opinions les plus diverses ont été émises et les traitements les plus dissemblables proposés, chaque méthode curative ne semble avoir jamais eu à enregistrer que des succès. Si bien que si nous voulions tirer de toutes les observations que nous avons lues une conséquence rigoureuse, nous serions amené à conclure que l'ophtalmie blennorrhagique est une maladie des plus bénignes, que pour elle toute thérapeutique est bonne et qu'il suffit, pour en triompher, de ne pas rester inactif : telle pourtant, on le sait, n'est pas notre opinion. Hâtons-nous d'ajouter d'ailleurs, pour être juste, que chacune des diverses méthodes de traitement proposées a eu la prétention de régner à l'exclusion de toutes les autres, et a commencé par déclarer désastreuses toutes celles qui l'avaient précédée. D'où vient cette divergence si singulière entre les opinions

émises par des hommes également recommandables, dont l'expérience est et doit être pour nous d'un grand poids? C'est que malheureusement, tous se sont laissés un peu aveugler par l'esprit de système, et ont trop souvent oublié leurs échecs pour ne songer qu'à leurs succès. Egaré au milieu des doctrines, nous les avons bien vite délaissées pour nous borner à l'observation pure, et sans nier l'efficacité de quelques-unes des méthodes proposées, nous nous sommes arrêté au mode de traitement qui seul, jusqu'à présent du moins, nous semble devoir réunir tous les suffrages, parce qu'il s'appuie, non sur la théorie, mais sur les faits; le traitement institué à l'hôpital de la Pitié par M. le professeur Gosselin.

OBSERVATION I^{re}.

A..., âgée de 22 ans, couturière, entre, vers la fin de décembre 1863, à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Jean, n° 14, service de M. Gosselin, se plaignant d'avoir mal aux yeux.

L'examen de la malade montre facilement qu'elle a une ophthalmie suppurante de l'œil gauche, et les symptômes sont très-caractérisés.

Les paupières sont rouges, gonflées; la paupière supérieure recouvre complètement l'inférieure. Elles laissent écouler entre leurs bords une certaine quantité d'un liquide très-épais, jaune verdâtre et purulent. La conjonctive palpébrale est injectée, la conjonctive oculaire est aussi très-rouge, et offre un chémosis très-volumineux. La maladie en était à son deuxième jour. La cornée transparente était intacte, la chambre antérieure et l'iris étaient sains. M. Gosselin, après avoir interrogé très-longtemps la malade, qui ne lui signalait aucun moyen évident d'inoculation, lui demanda si elle ne s'était pas lavée les yeux avec son urine. La malade commença par dire que non, mais l'examen des organes génitaux montrant facilement l'existence d'une blennorrhagie uréthrale, la malade nous raconta qu'ayant été obligée, pour achever un ouvrage qui pressait, de passer une partie des nuits à coudre, elle avait éprouvé des douleurs dans les yeux. Une de ses amies lui conseilla, pour se guérir, de les laver avec son urine.

M. Gosselin prescrivit immédiatement des injections toutes les deux heures

avec le mélange suivant : une cuillerée à bouche d'alcoolé de guaco pour trois cuillerées d'eau.

Il ordonna en même temps de faire des lavages fréquents avec de l'eau froide et de maintenir constamment sur l'œil malade des compresses imbibées du mélange précédent.

Le second jour la malade dit à M. Gosselin que les injections avaient été douloureuses. Malgré cela l'amélioration était très-sensible, l'écoulement était bien moins abondant. — Même traitement.

Le troisième et le quatrième jour, M. Gosselin ordonne des injections toutes les quatre heures seulement.

Les cinquième, sixième, septième et huitième jours, trois injections seulement dans les vingt-quatre heures.

Les jours suivants, même prescription.

M. Gosselin cautérise de temps en temps la face interne des paupières avec le crayon de sulfate de cuivre.

La malade sort complètement guérie vingt jours après son entrée à l'hôpital.

Cette malade doit sa guérison à l'alcool et non au guaco.

OBSERVATION II.

Le nommé B..., confiseur, âgé de 18 ans, nous raconte n'avoir jamais eu mal aux yeux dans son enfance.

Au commencement de février 1865 il contracte une blennorrhagie assez intense, caractérisée par des douleurs très-vives en urinant, des érections fréquentes et pénibles pendant les nuits, et un écoulement assez abondant. Il fut seulement soumis à l'usage du bol d'Arménie. La douleur disparut bientôt, mais l'écoulement persista.

Vers le 15 mars, le malade s'aperçoit que son œil gauche laisse écouler des larmes et est le siège d'une légère démangeaison. Le malade ne se rappelle pas avoir porté à son œil ses doigts, soit après avoir touché sa verge ou sa chemise contaminée par le pus de sa blennorrhagie. Le lendemain, son œil pleurait davantage et était devenu douloureux. Il va trouver un médecin qui lui donne une fiole dont il ignore la nature. Il s'en verse dans l'œil plusieurs fois par jour; mais le 18 la douleur augmente; les paupières gonflées ne s'ouvrent plus et laissent écouler une matière épaisse, blanchâtre, qui se répand sur la joue.

Les jours suivants, exagération des symptômes précédents; le gonflement des paupières a augmenté; l'écoulement est abondant.

Le 22 mars, le malade entre à l'hôpital de la Pitié, service de M. Gosselin.

Le lendemain à sa visite, l'examen du malade nous fait constater les faits suivants : A gauche, les paupières sont tuméfiées, gonflées, rouges, tendues et luisantes, surtout la supérieure; leurs bords libres sont comme agglutinés par une matière épaisse, jaunâtre; il ne peut les écarter l'une de l'autre. On remarque un certain degré de photophobie qui provoque la contraction de l'orbiculaire; la cornée, cachée par un chémosis considérable, paraît saine : aucune ulcération, aucune érosion, pas d'opacité. On peut constater également l'absence de trouble dans la chambre antérieure; la pupille se dilate et se resserre. La conjonctive oculaire, injectée, boursoufflée autour de la cornée, dont elle encadre la circonférence, présente à sa surface de petits dépôts purulents jaunâtres. La conjonctive palpébrale est très-rouge, et au niveau du cul-de-sac inférieur on trouve une grande quantité de pus.

L'autre œil est sain.

Une légère pression sur la verge fait sortir une goutte d'un liquide épais, jaunâtre. Pas de symptômes généraux. M. Gosselin commence le 23 au matin le traitement suivant :

Injectons toutes les deux heures d'un mélange contenant un tiers d'alcool pour deux tiers d'eau. La première produit une souffrance très-grande qui ne dure pas plus de dix minutes. Dans l'intervalle des injections, le malade doit tenir des compresses d'eau froide sur son œil.

Le lendemain 24. Etat stationnaire; la suppuration a peut-être un peu diminué. — Même traitement.

Le 25. Même état. — Injectons toutes les heures; elles ne font plus souffrir le malade.

Le 26. Un peu moins de gonflement des paupières, diminution du chémosis et de la suppuration. La cornée, saine, transparente, laisse voir un peu de trouble dans la chambre antérieure. M. Gosselin craignant une iritis, instille quelques gouttes d'atropine dans l'œil. On ne doit faire des injections que trois fois dans la journée.

A partir d'aujourd'hui le malade doit tenir sur son œil des compresses imbibées du même mélange.

Le 27. Moins de souffrance circumorbitaire; pas de pus au niveau du bord libre des paupières et à la surface oculaire.

La pupille est très-dilatée; le trouble de la chambre antérieure n'a pas augmenté. La cornée est toujours intacte, mais le chémosis ne se résorbe pas. A partir de ce jour, le mélange est fait avec trois quarts d'eau et un quart d'alcool. Injectons trois fois par jour.

Le 28. Le chémosis a diminué; pas de pus; rien à la cornée. La pupille est encore dilatée. — Même mélange encore au quart : 2 injections par jour.

Le 29. Le gonflement des paupières a presque disparu. Le malade ouvre ses yeux facilement. Le chémosis, qui n'est plus recouvert de pus, a diminué, surtout vers le grand angle de l'œil. La cornée transparente laisse voir l'iris intact, et la pupille régulière se resserre sous l'influence de la lumière.

Encore quelques douleurs circumorbitaires. — Même mélange : 2 injections par jour.

Le 30. On ne voit plus de pus à l'intérieur ni à l'extérieur des paupières. Même état, du reste. Le malade se plaignant de douleurs assez vives autour de l'œil, M. Gosselin prescrit un petit vésicatoire morphiné sur la région temporale gauche.

Le 31. Même état; moins de douleurs.

1^{er} avril. Encore quelques douleurs circumorbitaires; le chémosis est moins rouge, la cornée toujours saine. Le malade ouvre ses yeux, sa vue est légèrement trouble.

Le 2. Même état pour l'œil gauche, mais l'œil droit est malade. Les paupières sont gonflées, œdématisées; il y a un peu d'injection de la conjonctive palpébrale. A droite, compresse imbibée du même mélange.

Le 3. Plus de douleur; à gauche l'amélioration continue; le gonflement des paupières a diminué, ainsi que la conjonctivite.

Le 4. M. Gosselin supprime les injections et touche les paupières, du côté gauche, avec le crayon de sulfate de cuivre. Le malade accuse quelques douleurs vagues dans les genoux et les poignets.

Il prend, par jour, plusieurs bols de la mixture de copahu et de cubèbe.

Les 5 et 6, le chémosis a presque complètement disparu; rougeur moins vive de la conjonctive palpébrale.

Les 7, 8 et 9, l'amélioration continue.

Du 10 au 15, le malade éprouve de temps en temps encore quelques douleurs circumorbitaires. — Nouveau vésicatoire morphiné.

Du 15 au 20, seconde cautérisation avec le crayon de sulfate de cuivre. Le chémosis a disparu et la conjonctive palpébrale a repris en quelques endroits son aspect normal.

Tous les quatre jours M. Gosselin touche la face interne des paupières avec le crayon de sulfate de cuivre.

La guérison est à peu près complète. La conjonctive palpébrale, légèrement hyperémiée, ne présente aucune granulation.

Le 9 mai, le malade, guéri, est envoyé à Vincennes.

OBSERVATION III.

C..., jeune homme de 22 ans, affecté de blennorrhagie, pour la première fois, depuis quatre semaines. Ayant senti, cinq jours avant son entrée à l'hôpital, un peu de cuisson et de chaleur aux paupières de l'œil gauche, il avait, sur le conseil d'une femme qu'on lui avait signalée comme très-habile dans le traitement des maladies des yeux, lavé trois fois cet œil gauche avec sa propre urine. Au bout de quatre jours, lorsque ce jeune homme se présenta à la Pitié, le 19 novembre 1866, M. Gosselin constata un gonflement notable avec rougeur des paupières, écoulement purulent à la surface de l'œil et dans les culs-de-sac palpébraux, une rougeur intense de la conjonctive oculaire, une rougeur analogue avec chémosis assez volumineux de la conjonctive bulbaire.

Heureusement la cornée avait encore sa transparence; la chambre antérieure et l'iris étaient sains.

Le malade fut placé au n° 59 de la salle Saint-Louis. Le jour même de l'entrée du malade, M. Gosselin prescrivit des injections toutes les deux heures, avec une seringue à oreille, d'un mélange contenant deux tiers d'alcool ordinaire (non camphré) et un tiers d'eau.

Le lendemain matin cette prescription avait été fidèlement exécutée; on trouvait moins de pus à la surface de l'œil, et, comme le malade se plaignait d'une cuisson violente après chaque injection, il fut convenu que le mélange serait fait par moitié, et que les injections auraient encore lieu toutes les deux heures; de plus, opiat de copahu et cubèbe.

Le troisième jour, amélioration notable; l'injection, toujours avec la précaution de bien écarter les paupières afin d'entraîner le pus, est faite toutes les quatre heures.

Le cinquième jour, la rougeur et le chémosis avaient diminué tellement, et la suppuration était si peu abondante, que M. Gosselin prescrivit trois injections alcoolisées seulement pour les vingt-quatre heures, et des lavages fréquents à l'eau froide dans les intervalles.

Le septième jour, il restait encore un peu de rougeur et de gonflement à la conjonctive palpébrale et sur le repli semi-lunaire. Les injections alcooliques furent cessées et remplacées par le collyre au sulfate de zinc et au laudanum.

Le quinzième jour, le malade voulut absolument partir, quoiqu'il eût encore un boursoufflement rouge du repli semi-lunaire. La cornée et la chambre antérieure continuaient à ne présenter aucune lésion; la conjonctive était saine sur les autres points.

OBSERVATION IV.

S... (François) est un homme de 38 ans qui avait une blennorrhagie depuis trois semaines; il était couché au n° 4 de la salle Saint-Louis, et, sans pouvoir donner de renseignements sur une inoculation, avait senti ses deux yeux devenir malades depuis trois jours. Des deux côtés les paupières étaient rouges et gonflées; la conjonctive était rouge et chémosique; la surface des yeux était couverte de muco-pus assez abondant; les douleurs étaient vives; les cornées étaient transparentes.

Le même traitement que pour le précédent malade fut institué, savoir: le premier et le second jour, injection d'alcool par moitié, toutes les deux heures, dans les deux yeux; le troisième et le quatrième jour, injection toutes les quatre heures; les cinquième, sixième, septième et huitième jours, trois injections par vingt-quatre heures; les sept ou huit jours suivants, collyre au sulfate de zinc, lunettes bleues, et continuation de l'opiat de copahu et de cubèbe.

Il y a eu ceci de particulier, qu'après la disparition de la suppuration et du chémosis les deux cornées ont présenté quelques ulcérations superficielles qui n'ont pas été de longue durée, et n'ont laissé ni staphylôme ni leucoma. En somme, ce malade a évité, comme les trois précédents, la suppuration des cornées, cette conséquence si fréquente et si grave de l'ophthalmie blennorrhagique.

OBSERVATION V.

P... (Louis), âgé de 21 ans, mécanicien, se présente, le 6 mai 1867, à la consultation de M. Gosselin, se plaignant d'avoir mal aux yeux.

L'examen du malade montre facilement qu'il a une ophthalmie suppurante de l'œil gauche seulement, et les symptômes sont très-caractérisés. Les paupières sont gonflées, rouges, ne se laissant point écarter et laissant écouler entre leurs bords une certaine quantité de pus.

La conjonctive palpébrale est injectée, la conjonctive oculaire est aussi très-rouge et offre un chémosis très-prononcé. La maladie en était à son troisième jour: la cornée transparente paraissait encore intacte, l'iris était sans lésion apparente. Un pareil état suggère à M. Gosselin l'idée d'une blennorrhagie concomitante, et, malgré les dénégations du malade, on le constate facilement par l'examen des organes génitaux.

Le malade ne se rappelle pas s'être lavé les yeux avec son urine, et ne signale aucun moyen évident d'inoculation.

Frappé des bons effets obtenus déjà en pareille circonstance par le traitement à l'alcool, M. le professeur Gosselin prescrit immédiatement des injections composées de deux parties d'eau pour une partie d'alcool, à faire de deux en deux heures, avec une seringue, en écartant les paupières.

Les injections sont très-douloüreuses, mais quelques lotions d'eau froide soulagent beaucoup le malade. Au bout de quarante-huit heures, l'inflammation et surtout la suppuration avaient déjà notablement diminué. Si bien qu'il parut suffisant de faire les injections seulement toutes les quatre heures; mais, le lendemain, la suppuration étant encore abondante, injections toutes les trois heures.

9 mai. L'état semble à peu près stationnaire; la cornée est toujours saine et transparente.

Le 12. La suppuration a beaucoup diminué, le gonflement aussi. — Injections toutes les quatre heures.

Le 13. Il reste encore du chémosis, mais il n'y a plus que très-peu de suppuration. M. Gosselin fait une cautérisation de la conjonctive palpébrale inférieure avec le crayon mitigé de M. Desmarres, composé d'une partie d'azotate d'argent pour deux parties d'azotate de potasse. Il supprime le matin les injections alcooliques, tout en recommandant de les reprendre le soir même si la suppuration augmente.

Le 14. On apprend que la veille au soir le pus a reparu. L'interne de garde a fait immédiatement une injection alcoolique; ce matin à six heures on l'a renouvelée. A la vérité, il n'y a presque pas de suppuration; on recommence les injections de quatre heures en quatre heures.

Le 15. La suppuration paraît définitivement tarie, le chémosis a à peu près disparu, la cornée n'offre rien de particulier. — Instillation d'atropine. On prescrit trois injections alcooliques au quart pour la journée.

Le 16. M. Gosselin, après un examen attentif, ne voyant aucune trace de pus, supprime complètement les injections alcooliques.

Le 17. Cautérisation avec le crayon mitigé; l'hyperémie conjonctivale diminue sensiblement; le pus n'a pas reparu.

Le 21. L'inspection de la conjonctive se limite aux deux angles de l'œil. La cornée est parfaitement saine, le jeu de la pupille est régulier. Néanmoins le malade accuse encore une vision un peu trouble du côté malade. On prescrit des applications de compresses mouillées d'eau froide.

Tous les jours suivants le traitement a consisté en de légères cautérisations de la conjonctive palpébrale inférieure, faites tous les trois jours avec le crayon

de sulfate de cuivre, et en lotions fréquentes avec de l'eau froide; il faut y joindre l'usage constant de lunettes bleues.

Aujourd'hui 1^{er} juin, le malade paraît complètement guéri; il reste seulement un peu de rougeur et de gonflement de la paupière inférieure. On lui recommande de continuer encore l'usage des lunettes bleues.

Voilà des faits. Nous n'ajouterons aucune réflexion : les savants professeurs, dévoués à la recherche de l'utile et du vrai, sauront examiner et peser les résultats frappants obtenus grâce à l'idée novatrice de M. le professeur Gosselin.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Physique. — Sources diverses d'électricité; emploi de l'électricité dans le traitement des maladies.

Chimie. — De la chaux, de la baryte, de la strontiane et de la magnésie; leur préparation; caractères distinctifs de leur dissolution.

Pharmacologie. — Des sirops de mellites et des oxymellites; quels sont leurs différents modes de préparation, de dosage, les altérations qu'ils peuvent subir, et les moyens employés pour leur conservation?

Histoire naturelle. — Des caractères généraux des crustacés; leur classification; des écrevisses et des concrétions désignées sous le nom d'yeux d'écrevisses; des cloportes et des armadilles; des accidents produits par les crustacés alimentaires.

Anatomie et histologie normales. — Des articulations du poignet.

Physiologie. — Du goût.

Pathologie interne. — Des paraplégies.

Pathologie externe. — Du tétanos traumatique.

Pathologie générale. — De la convalescence.

Anatomie pathologique. — Anatomie pathologique de la goutte.

Accouchements. — De l'hydrorrhée.

Thérapeutique. — De la méthode endermique.

Médecine opératoire. — De la résection de la hanche et de ses indications.

Médecine légale. — Caractères distinctifs des taches de sang trouvées sur une arme, sur des linges blancs ou colorés, d'avec celles que l'on peut confondre avec elles.

Hygiène. — Du sevrage,

Vu, bon à imprimer.

GOSSELIN, Président.

Permis d'imprimer.

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

A. MOURIER.